

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA GRUPO DEUDORES

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Póliza No.

Fecha Inicio de Vigencia

Fecha Fin de Vigencia

Fecha de Diligenciamiento

Número Solicitud

Of. Radicación

☐ Póliza Nueva

☐ Ingreso

☐ Modificación

☐ Renovación

Forma de pago prima

☐ Mensual☐ Trimestral☐ Semestral☐ Anual

Sistema de ajuste

☐ Anual (Cobro de Ajuste Fin Vigencia)☐ Mensual (Cobro de Ajuste en el Mes)

INFORMACIÓN DE INTERMEDIACIÓN (ESPACIO EXCLUSIVO PARA ASESOR)

Nombre del Asesor o Razón Social

Código Asesor

% Participación

Nombre del Asesor o Razón Social

Código Asesor

% Participación

INFORMACIÓN DEL TOMADOR

Tipo de Identificación

☐ C.C.☐ C.E.☐ PA.☐ NIT

Número de Identificación

Razón Social y/o Nombres y Apellidos (Primero Nombres, luego Apellidos)

Tipo de Institución

☐ Pública☐ Privada

Dirección Correspondencia

Ciudad / Departamento

Correo Electrónico

Teléfono (sin indicativo)

INFORMACIÓN DEL DEUDOR

Tipo de Identificación

☐ C.C.☐ C.E.☐ PA.

Número de Identificación

Nombres y Apellidos del Asegurado Principal (Primero Nombres, luego Apellidos)

Sexo

☐ F☐ M

Fecha de Nacimiento AAAA MM DD

Peso (Kg)

Estatura (en cms)

Ciudad

Departamento

Teléfono (Sin indicativo)

Celular

Dirección Correspondencia

Correo Electrónico

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Valor Crédito \$

Modalidad de Valor Asegurado:

☐ Saldo Insoluto☐ Valor inicial Crédito (Constante)

Amparos

☐ Vida☐ Invalidez, pérdida o inutilización por enfermedad o accidente☐ Bono para Gastos Funerarios (pago único) %

Valor Asegurado \$

VALOR PRIMA (según forma de pago pactada) \$

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

El tomador hasta el saldo insoluto de la deuda. El remanente corresponderá a los beneficiarios libremente designados por el asegurado o en su defecto los de ley

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS VOLUNTARIOS

Identificación Tipo

Número

Nombre y Apellidos

%

Parentesco

Correo electrónico

Celular o teléfono

Con derecho a Acrecimiento☐ SI☐ NO

DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

Responde sinceramente las siguientes preguntas. Si alguna de tus respuestas no es verdadera o dejas de responder alguna pregunta, el seguro será nulo y por lo tanto Sura no pagará ninguna reclamación que tú o los beneficiarios presenten.

1. Marca con una X si te han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades:

☐ Enfermedades cardiovasculares☐ Infarto del corazón☐ Arritmias☐ Hipertensión arterial☐ Colesterol☐ Triglicéridos altos☐ Ceguera total o parcial

☐ Lupus☐ Isquemia o trombosis cerebral☐ Epilepsia☐ Enfisema (EPOC)☐ Cáncer In Situ localizado (sin ningún grado de invasión)☐ Cáncer con metástasis (afecta otros órganos)☐ Sordera total o parcial

☐ Derrames☐ Cirrosis☐ Bronquitis crónica☐ Leucemia☐ Tumores malignos☐ SIDA o VIH positivo☐ Hernia de columna

☐ Insuficiencia renal☐ Esclerósis múltiple☐ Artritis reumatoidea☐ Diabetes☐ Pancreatitis☐ Trastornos psiquiátricos☐ Pérdida funcional o anatómica

☐ Hepatitis B,C o D☐ Retardo mental☐ Colitis ulcerativa☐ Hipertiroidismo☐ Parálisis diferente a facial☐ Deformidades corporales

¿Le han indicado o ha recibido tratamiento por alcoholismo o drogadicción en los últimos cinco años?☐ SI☐ NO

¿Recibe o le han indicado tratamiento por alcoholismo o drogadicción?☐ SI☐ NO

¿Consume drogas estimulantes o adictivas?☐ SI☐ NO

2. En caso que hayas marcado alguna enfermedad o contestado de manera afirmativa una de las preguntas, diligencia la siguiente información:

Nombre del Médico tratante

Nombre de la Institución Médica

EPS

Enfermedad / Especificar padecimiento

3. ¿Ha tenido enfermedades diferentes a las enunciadas en el numeral 1, accidentes o cualquier otra condición por las que haya recibido o esté recibiendo tratamiento; y/o tiene programada alguna intervención quirúrgica y/o se encuentra en la actualidad bajo estudio médico para el diagnóstico de alguna enfermedad?☐ SI☐ NO

En caso que hayas contestado de manera afirmativa, diligencia la siguiente información:

Nombre del Médico tratante

Nombre de la Institución Médica

EPS

Enfermedad / Especificar padecimiento

4. En caso de haber tenido COVID o haber sido diagnosticado con dicha infección, requirió tratamiento en UCI (Unidad de cuidado intensivo) o UCE (Unidad de cuidado especial)? (En caso de NO haber tenido COVID responda NO).☐ SI☐ NO

¿Tienes información relevante adicional para declarar?

DECLARACIÓN DE OCUPACIÓN

¿Alguno de los asegurados ejercen actividades catalogadas por la ley como ilícitas o han cometido delitos?☐ SI☐ NO

ACEPTACIÓN DEL SEGURO

EN CASO DE QUE ALGUNO DE LOS SOLICITANTES DECLARE ANTERIORMENTE QUE SUFRE UN PADECIMIENTO O QUE EJERCE ACTIVIDADES ILÍCITAS, LA PRESENTE SOLICITUD NO CONSTITUYE ACEPTACIÓN DEL RIESGO PARA DICHA PERSONA POR PARTE DE SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. Y SE DEBERÁ ESPERAR LA NOTIFICACIÓN DE ACEPTACIÓN DEL SEGURO.

AUTORIZACIÓN ACCESO A HISTORIA CLÍNICA

En nombre propio, y en nombre de los demás asegurados bajo su encargo, autorizo(amos) con la firma de este documento a SURAMERICANA S.A en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior a obtener copia de historia clínica o datos clínicos, que es un dato sensible, para la vinculación, suscripción, evaluación y proceso de reclamación de la solución contratada, gestión de los riesgos que puedan afectar la salud, bienestar y calidad de vida, aun después de fallecidos.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

En nombre propio, y en nombre de los demás asegurados bajo su encargo, autorizo(amos) a SURAMERICANA S.A en calidad de responsable, así como sus filiales, subsidiarias y vinculadas económicamente en Colombia y el exterior, el tratamiento de mis(nuestros) datos personales, incluso los datos biométricos y de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como cliente de la solución contratada, prestación del servicio, envío de información, ofertas comerciales y publicitarias, transferir o transmitir a terceros tales como aliados estratégicos, empresas vinculadas, reaseguradores e intermediarios de seguros, en Colombia o en el exterior; y para las demás finalidades contempladas en la Política de Privacidad, disponible en [www.segurossura.com.co](#), donde se encuentra el listado de terceros con quienes se comparte información, la forma de ejercer mis derechos a conocer, actualizar, rectificar, revocar o suprimir mis datos personales, informarme sobre el uso de los mismos, solicitar prueba de la autorización, a través de los siguientes canales de contacto: 604437 8888 desde Medellín, 601437 8888 Bogotá y 602437 8888 Cali o al 01800051888 en el resto del país o a través del correo electrónico [protecciondedatos@suramericana.com.co](#).

TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA : DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 1152 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, EL NO PAGO DE LAS PRIMAS O DE SUS FRACCIONES DENTRO DEL MES SIGUIENTE A LA FECHA DE CADA VENCIMIENTO PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO

CONDICIONES DEL PRODUCTO: Conoce las coberturas y exclusiones del producto Plan Vida Deudores en la página web <https://www.segurossura.com.co/Paginas/empresas/empleados/seguro-colectivo-vida.aspx>

CERTIFICACIÓN Y ACEPTACIÓN DEL ASEGURADO

Firma del asegurado

Número de Identificación

Huella Índice Derecho asegurado

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: T.I.: Tarjeta de Identidad - C.C.: Cédula de Ciudadanía - C.E.:Cédula de Extranjería - PA: Pasaporte - NIT: Número de Identificación Tributaria - PARENTESCO: PR. Progenitor (Padre - Madre) - CP: Compañero(a) Permanente - HI: Hijo - FA: Familiar - AM: Amigo - AF: Afiliado - SEXO: F: Femenino - M: Masculino - ESTADO CIVIL: S: Soltero - C: Casado - V: Viudo - U: Unión libre - D: Divorciado.

F-02-83-342
Fecha a partir de la cual se utiliza: 15/12/2022

- SURAMERICANA -

www.sura.com